

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

ANNÉE 1939

THESE

N°

146

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

DIPLOME D'ÉTAT

par

Jean Robin

Né le 21 Juin 1913, au Mans (Sarthe)

**De l'emploi
de la pince de Von Petz
en Chirurgie Gastrique**

Président: M. GOSSET, professeur.

PARIS

LIBRAIRIE MALOINE

Société anonyme
d'Éditions Médicales et Scientifiques

27, Rue de l'Ecole-de-Médecine 27

1939

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

ANNÉE 1939

THESE

N°

POUR

LE DOCTORAT EN MEDECINE

DIPLOME D'ÉTAT

par

Jean Robin

Né le 21 Juin 1913, au Mans (Sarthe)

**De l'emploi
de la pince de Von Petz
en Chirurgie Gastrique**

Président : M. GOSSET Professeur

LIBRAIRIE MALOINE

Société anonyme
d'Éditions Médicales et Scientifiques

27, Rue de l'Ecole-de-Médecine 27

PARIS

1939

LE DOYEN TIFFENEAU

I. — PROFESSEURS

	MM.
Anatomie	ROUVIERE.
Physiologie	Léon BINET.
Physique médicale	STROHL.
Chimie médicale	POLONOVSKI
Bactériologie	Robert DEBRE.
Parasitologie et histoire naturelle médicale	BRUMPT.
Pathologie et thérapeutique générales	BAUDOIN.
Pathologie médicale	PASTEUR-VALLERY-
	RADOT.
Pathologie chirurgicale	MONDOR.
Anatomie pathologique	LEROUX.
Histologie	CHAMPY.
Pharmacologie et matière médicale	TIFFENEAU.
Thérapeutique	AUBERTIN.
Hygiène et médecine préventive	TANON.
Médecine légale	BALTHAZARD.
Histoire de la médecine et de la chirurgie	LEVY-VALENSI.
Pathologie expérimentale et comparée	Henri BENARD.
Hydrologie thérapeutique et climatologie	CHIRAY.
	ABRAMI.
	FIESSINGER.
Clinique médicale	LOEPER.
	RATHERY.
Hygiène et clinique de la première enfance	LEREBOULLET.
Clinique des maladies des enfants	NOBECOURT.
Clinique des maladies mentales et des maladies de l'encéphale	LAIGNEL-LAVASTINE.
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques.	GOUGEROT.
Clinique des maladies du système nerveux	GUILLAIN.
Clinique des maladies infectieuses	LEMIERRE.
	CUNEO.
Clinique chirurgicale	GOSSET.
	GREGOIRE.
Clinique ophtalmologique	LENORMANT.
Clinique urologique	VELTER.
	CHEVASSU.
Clinique d'accouchements	COUVELAIRE.
	JEANNIN.
Clinique gynécologique	LEVY-SOLAL.
Clinique chirurgicale infantile et orthopédie	MOCQUOT.
Clinique thérapeutique médicale	OMBREDANNE.
Clinique oto-rhino-laryngologique	HARVIER.
Clinique thérapeutique chirurgicale	LEMAITRE.
Clinique propédeutique	Pierre Duval.
Clinique de la Tuberculose	M. VILLARET.
Clinique chirurgicale orthopédique de l'adulte ..	TROISIER.
Clinique de cardiologie	MATHIEU.
Clinique de neuro-chirurgie	LAUBRY.
Assistance Médico-sociale	Clovis VINCENT.
	N...
Professeurs sans chaire	HAZARD.
	MULON.
	OLIVIER.
	SANNIE.
	VERNE.



II. — AGREGES EN EXERCICE

MM.

AMELINE	Pathologie chirurgicale.
BARIETY	Pathologie médicale.
BERNARD (Etienne).	Pathologie médicale.
BESANÇON (Justin).	Hydrologie.
BONNET	Bactériologie.
BOULANGER	Chimie.
BOULIN	Pathologie médicale.
BROUET	Pathologie médicale.
BULLIARD	Histologie.
CACHERA	Pathologie médicale.
CORDIER	Anatomie.
COSTE	Pathologie médicale.
COUVELAIRE (Roger).	Urologie.
DELARUE	Anatomie pathologique.
DELAY	Pathologie médicale.
DEGREZ (H.)	Physique.
DESOILLE	Médecine légale.
DIGONNET	Obstétrique.
DOGNON	Physique.
FEVRE	Pathologie chirurgicale.
FUNCK - BRENTANO.	Pathologie chirurgicale.
GALLIARD	Parasitologie.
GARCIN	Pathologie médicale.
Mlle GAUTHIER-VILLARS.	Anatomie pathologique.
GAYET	Physiologie.
DE GENNES	Pathologie médicale.

MM.

GIROUD	Histologie.
HALPHEN	Oto - rhino - laryngologie.
HAGUENAU	Pathologie médicale.
JOANNON	Hygiène.
LACOMME	Obstétrique.
LANTUEJOUL ..	Obstétrique.
LAVIER	Parasitologie.
LELONG	Pathologie médicale.
LEMAIRE	Pathologie expérimentale.
LENEGRE	Pathologie médicale.
Mlle J. LEVY	Pharmacologie.
MARCHAL	Pathologie médicale.
MENEGAUX	Pathologie chirurgicale.
MOLLARET	Pathologie médicale.
MOUQUIN	Pathologie médicale.
PATEL	Pathologie chirurgicale.
PETIT - DUTAILLIS.	Pathologie chirurgicale.
RENARD	Ophtalmologie.
RICHET	Physiologie.
SENEQUE	Pathologie chirurgicale.
SICARD	Pathologie chirurgicale.
SOULIE	Pathologie médicale.
SUREAU	Obstétrique.
TURPIN	Pathologie médicale.
WILMOTH	Pathologie chirurgicale.

III. — AGREGES RAPPELES A L'EXERCICE

POUR LE SERVICE DES EXAMENS

MM.

ALGLAVE	Pathologie chirurgicale.
BUSQUET	Obstétrique.
CHAILLEY-BERT.	Physiologie.
GUENIOT	Pharmacologie.
HEITZ-BOYER ..	Pathologie chirurgicale.

MM.

LARDENNOIS ..	Pathologie chirurgicale.
LE LORIER	Obstétrique.
NEVEU-LEMAIRE.	Parasitologie.
VAUDESCAL	Obstétrique.

IV. — AGREGES CHARGES DE COURS DE CLINIQUE ANNEXE

A TITRE PERMANENT

MM.
ALAJOUANINE ..
BRULE
CATHALA
CHABROL
CHEVALLIER ...
DONZELOT
DUVOIR
GASTINFL
HUGUENIN
LAROCHÉ (G.) .
LIAN
MOREAU
PIEDELIEVRE ..
SEZARY

Clinique
médicale.

MM.
BASSET
BROCQ
CADENAT
GATELLIER
de GAUDART
d'ALLAINES ..
LEVEUF
MOULONGUET ..
MOURE
QUENU

Clinique
chirurgicale.

MM.
EGALLE
METZGER
PORTES
VIGNES

Clinique
obstétricale.

V. — CHARGES DE COURS

CHAILLEY-BERT, agrégé Education physique.
LEDOUX-LEBARD Radiologie clinique.
RUPPE Stomatologie.
WEIL-HALLE Puériculture.

Par délibération en date du 9 décembre 1798, l'Ecole a arrêté que les opinions émises dans des dissertations qui lui seront présentées, doivent être considérées comme propres à leurs auteurs et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.

A LA MEMOIRE DE MON PERE

A MA MERE

A MA FEMME

A MA SŒUR

A Monsieur le Professeur GOSSET

*Qui a bien voulu nous faire
l'honneur d'accepter la prési-
dence de cette thèse.*

Respectueusement.

Au Professeur PLAISANT

Au Docteur BASTIEN

Témoignage de reconnaissance.

A MES MAITRES DES HOPITAUX



Digitized by the Internet Archive
in 2026

De l'emploi de la Pince de Von Petz en Chirurgie Gastrique

INTRODUCTION

La pince de Von Petz, utilisée en chirurgie gastrique depuis 1924, a connu près des opérateurs une fortune variable : critiquée ou rejetée par les uns, adoptée sans discussion par les autres.

Nous voudrions simplement prouver que cet instrument facilite dans beaucoup de cas la gastrectomie. Nous appuierons notre argumentation sur les observations mises obligeamment à notre disposition par Monsieur le Docteur Plaisant qui emploie avec bonheur la pince de Von Petz depuis près de 2 ans tant dans son service de l'hôpital du Mans que dans sa clientèle privée. (1)

(1) Pour des raisons très compréhensibles nos recherches bibliographiques ont été limitées. Nous nous en excusons.

DESCRIPTION DE L'APPAREIL DE VON PETZ

L'appareil à sutures gastrique et intestinale de Von Petz se compose de deux bras :

— Un bras supérieur, écraseur, large, rigide avec lit pour agrafes;

— Un bras inférieur mince, avec évidemment superficiels sur la surface mordante.

Les deux bras sont ramenés l'un contre l'autre, presque parallèlement, par une articulation à levier excentrique. En fermant l'instrument, on met d'abord en contact les deux extrémités de bras écraseurs, puis la pression se répartit, de ce point, d'une façon égale, vers le milieu des bras.

Le lit recevant les agrafes peut être séparé par le desserrage des deux vis du couvercle et l'enlèvement de ce dernier. On voit alors les poussoirs courant entre les côtes et exerçant au moyen d'une crémaillère, une pression vers le bas, pour faire sortir les agrafes placées sur le lit; les agrafes ont d'abord été introduites à l'aide d'une pince et d'une broche de remplissage depuis la surface mordante. Les jambes des agrafes font légèrement ressort

à l'extérieur et sont maintenues ainsi entre les nervures.

Toutes les pièces sont très exactement ajustées et solidaires les unes des autres, aussi une main peu exercée pourrait avoir quelque difficulté à les remettre en place. C'est pourquoi il est recommandé de ne pas enlever le couvercle, d'autant plus que le nettoyage et la stérilisation peuvent être obtenus sans qu'il soit nécessaire de mettre le mécanisme à nu. La crémaillère est mue par une roue dentée à poignée rapportée.

La partie la plus large de la pince est divisée. Chaque division indique le siège de deux agrafes parallèlement placées à l'intérieur du magasin. Sur la crémaillère sortant du magasin par l'effet de la manivelle se trouve une marque correspondant aux divisions extérieures du magasin indiquant le nombre de paires d'agrafes distribuées.

La partie de l'intestin ou de l'estomac à suturer est placée dans la pince vers l'extrémité du magasin au numéro 1. La pince fermée, on fait jouer la crémaillère jusqu'à ce que le nombre paraissant à jour, corresponde à celui marqué sur la partie large de la pince jusqu'à suture exacte de l'intestin à suturer. Il n'est pas nécessaire de mouvoir la crémaillère au delà.

REPLISSAGE.

L'appareil est chargé d'agrafes en maillechort.

Pour procéder au remplissage il faut d'abord dévisser

les deux vis molletées. Le bras supérieur étant alors libéré du reste de l'instrument, est fixé dans son étrier, posé sur la table, en ayant soin de placer tout auprès la boîte à agrafes inclinée sur son couvercle, les agrafes rangées côte à côte et disposées de manière à ce qu'elles puissent être saisies très facilement avec la pince.

Avec la pince, on prend les agrafes par une branche, et on les introduit dans les fentes de la surface mordante. Dès que l'agrafe, les pointes dirigées vers le haut, touche la fente avec sa base, elle doit être appuyée fortement dans ladite fente, avec la broche tenue de l'autre main. Chaque fente doit recevoir une agrafe. Il est très important de n'oublier aucune fente, pour éviter que la suture ne soit pas complètement étanche. Il est facile de se rendre compte que chaque fente a bien reçu son agrafe en tenant la surface mordante obliquement dirigée contre la lumière; les agrafes miroitent tandis que les fentes demeurées libres restent sombres.

Après le remplissage, l'instrument est assemblé de nouveau, en prenant soin qu'aucune agrafe ne tombe de sa fente. Si toutefois au moment du remplissage les agrafes ont été posées les jambes faisant légèrement ressort à l'extérieur, leur maintien dans la fente sera suffisant pour empêcher toute sortie inopportune.

Après chaque remplissage il est nécessaire d'enduire au pinceau les ouvertures des agrafes et les articulations

de l'appareil de quelques gouttes d'huile pure, sans acide et non résineuse.

STERILISATION.

L'appareil chargé d'agrafes est stérilisé tel quel par les procédés habituels.

FONCTIONNEMENT DE L'APPAREIL.

En agissant sur le volant latéral dans le sens inverse des aiguilles d'une montre le mouvement obtenu commande une crémaillère et un dispositif spécial oblige les agrafes à perforer les parois à accoler et à les serrer fortement par rabattement des pointes sur le mors inférieur profilé dans ce but.

TECHNIQUE DE LA GASTRECTOMIE AVEC L'APPAREIL DE VON PETZ

Nous décrirons d'abord la technique employée par Monsieur le Docteur Plaisant. Ce dernier pratique généralement la gastrectomie 2/3 et rétablit la continuité gastro-intestinale par une anastomose anisopéristaltique sur anse courte, type Finsterer.

Nous n'insisterons pas sur le début de l'intervention : laparotomie, décollement colo-épiploïque, libération gastrique, hémostase des épiploons, sans rapport avec notre sujet.

SECTION DU DUODÉNUM.

Le duodénum parfaitement dégagé et maintenu par deux pinces de Chaput est saisi entre les deux branches de l'appareil. La pince de Von Petz ayant fonctionné comme nous l'avons précédemment étudié, le duodénum se trouve écrasé et suturé par une double rangée d'agrafes. Souvent on découvre aux deux extrémités de la suture une agrafe n'ayant perforé que les bords du duodénum. Il suffit d'enlever ces agrafes inutiles.

On sectionne ensuite le duodénum aux ciseaux ou au bistouri. Les sutures sont parfaitement étanches et cette partie de l'intervention s'effectue sans le moindre écoulement de liquide gastrique ou duodénal.

Le moignon duodénal est ensuite enfoui par un surjet au catgut 00.

SECTION GASTRIQUE.

Elle se réalise aussi aisément et laisse comme précédemment une suture d'une étanchéité parfaite.

ANASTOMOSE A LA FINSTERER.

La partie supérieure de la tranche gastrique est enfouie par un surjet au catgut.

On amène ensuite la première anse jéjunale à travers une brèche mésocolique dont la partie gauche est préalablement fixée à la face postérieure de l'estomac.

Cette anse mise en bonne position est unie à l'estomac au niveau de la partie inférieure de la tranche gastrique par un surjet séro-séreux.

Jusqu'à ce stade de l'intervention aucun liquide organique n'a pu souiller le champ opératoire.

Il faut à ce moment ouvrir la partie inférieure de la tranche gastrique obstruée par les agrafes. On sectionne simplement l'estomac quelques millimètres au-dessus de la ligne de suture sur toute la hauteur de la future bouche gastro-jéjunale.

Dès lors l'intervention est menée comme classiquement :

- Surjet postérieur muquo-muqueux;
- Surjet antérieur total;
- Surjet séro-séreux d'enfouissement;
- Suture de la partie droite de la brèche mésocolique à l'estomac.

Dans les autres procédés de gastrectomie l'utilisation de la pince de Von Pretz est inégalement indiquée.

a) — Dans le Billroth II classique, la tranche gastrique suturée et sectionnée sera enfouie sous un surjet séro-séreux. Ensuite la gastro-entérostomie postérieure trans-mésocolique sera effectuée.

b) — Dans le Polya, l'utilisation de la pince conserve tous ses avantages en ce qui concerne le duodénum, mais au niveau de la tranche gastrique elle semble inutile puisque l'anastomose gastro-jéjunale se pratique de la petite à la grande courbure.

ETUDE CRITIQUE
DES AVANTAGES ET INCONVENIENTS
DE LA PINCE DE VON PETZ

Une communication récente (8 décembre 1937) de D. Ferey de Saint-Malo à l'Académie de Chirurgie a attiré l'attention sur la pince de Von Petz. La longue discussion qui suivit a permis d'obtenir l'avis de nombreux chirurgiens sur cet appareil.

AVANTAGES.

Ferey pense que le principal avantage de la pince de Von Petz est d'enlever en vase clos la partie malade de l'estomac. Ceci présente un intérêt particulier dans les cancers pyloriques puisque durant la gastrectomie il ne s'écoule aucun liquide dans l'abdomen.

A notre avis le principal avantage de la pince de Von Petz est d'augmenter la rapidité d'exécution de la gastrectomie. Entre des mains exercées elle permet une section gastrique très aisée et surtout simplifie le temps duodénal.

INCONVENIENTS.

A ces avantages indéniables on oppose de nombreuses critiques :

MAUVAISE HÉMOSTASE.

Toupet pense que l'appareil refoule la muqueuse et l'empêche d'être comprise dans le premier surjet de fermeture. L'hémostase serait donc insuffisante et en chirurgie gastrique « hémostase prime aseptie ».

ECRASEMENT DES PAROIS GASTRIQUES.

Les reproches jadis adressés aux écraseurs gastriques sont appliqués également à l'appareil de Von Petz. L'attrition des tissus nuirait à leur réparation ultérieure.

LES AGRAFES.

Charrier critique l'utilisation en chirurgie gastrique du matériel non résorbable : certains rejettent les sutures aux soies et aux fils de lin. Que penser d'agrafes métalliques?

DIFFICULTÉ D'EFFECTUER UNE GASTRECTOMIE LARGE.

Pour Okinzyck l'intérêt des gastrectomies larges dans la chirurgie de l'ulcère est suffisamment démontré. « Tout artifice tendant à réduire cette possibilité semble donc devoir être rejeté ».

PERTE DE TEMPS DANS L'EXÉCUTION DE FINS-
TERER.

Pour Okinzyck également il est inutile d'employer la pince de Von Petz pour la tranche gastrique puisqu'il faut désunir la suture pour réaliser ultérieurement l'anastomose de Finsterer.

ETUDE CRITIQUE.

La plupart des inconvénients précédents sont exagérés. Les critiques concernant l'hémostase, l'écrasement des parois sont théoriques. En effet on ne remarque qu'exceptionnellement un suintement hémorragique au niveau de la suture. D'autre part le Docteur Plaisant n'a jamais constaté d'hémorragies post-opératoires. Quant à l'écrasement rien ne permet d'affirmer qu'il nuit à la réparation ultérieure des tissus.

La question des agrafes mérite également d'être étudiée. On a prétendu que les agrafes s'éliminaient. Il n'en est rien. Ferey l'a noté. Les malades de nos observations, radiographiés assez longtemps après l'intervention, conservaient toujours leur matériel de suture. Mais la présence de ces agrafes semble sans importance. Elle est parfaitement tolérée et aucun cas d'ulcère peptique après l'emploi de la pince de Von Petz n'a été signalé.

Les remarques d'Okinzyck concernant la difficulté d'effectuer une gastrectomie large sont justifiées dans certains cas. En effet la pince de Von Petz peut être diffi-

lement utilisée quand l'estomac « ne vient pas bien », chez les sujets gras ou dans les gros ulcères extériorisés dans le pancréas. Encore se trouve-t-il des cas où son emploi n'est pas limité par ces contre-indications.

Quant au reproche concernant le Finsterer il peut-être rejeté. L'emploi de la pince étant instantané, les quelques secondes nécessaires à supprimer la partie inférieure de la rangée d'agrafes peuvent être négligées.

En somme on peut conclure avec F. d'Allaines que « l'emploi de la pince de Von Petz ne paraît pas destiné à révolutionner la chirurgie gastrique ». C'est un excellent instrument qui facilite la gastrectomie, augmente la propreté du champ opératoire, économise du temps.

OBSERVATIONS

1° Monsieur P. E... 43 ans, entré le 5 février 1937, troubles gastralgiques depuis 4 ans. A la radiographie sténose pylorique par ulcus. Intervention le 12 février 1937. Gastrectomie à la pince de Von Petz, procédé Finsterer, excellentes suites opératoires.

2° Madame R... 57 ans, entrée le 15 mai 1937, signes cliniques de néoplasmes gastriques; intervention le 20 mai 1937, cancer du pylore, gastrectomie demi large à la pince de Von Petz, procédé Finsterer, suites excellentes, augmentation de poids de 9 kilos.

3° Monsieur M... 55 ans, entré en Avril 1937 pour hématemèses, à la radiographie : sténose pylorique, intervention le 31 mai 1937, gros ulcus adhérent au pancréas, gastrectomie à la pince de Von Petz, procédé de Finsterer, suites parfaites, fonctionnement radiologique excellent.

4° Monsieur P... 26 ans entré le 12 juin 1937, pour hématemèses; à la radiographie, ulcus de la petite cour-

bure, intervention le 1^{er} juillet 1937. Gastrectomie large à la pince de Von Petz, procédé Finsterer, très bonnes suites opératoires.

5° Monsieur B... 38 ans, entré le 11 juillet, depuis 11 ans gastralgie à type ulcéreux, à l'examen radiologique : déformation bulbaire, intervention le 12 août 1937. On pense à un ulcus bulbaire, gastrectomie à la pince de Von Petz. Suites : tuberculose intestinale.

6° Madame M... 33 ans, entrée le 26 juillet 1937 pour gastralgies; à l'examen radiologique : bulbe irrégulier. Intervention le 15 août 1937. Gastropyloréctomie à la pince de Von Petz. A l'examen histologique : gastrite chronique atrophique. Résultat clinique et radiologique excellent.

7° Monsieur H... 37 ans, entré le 16 août 1937 : hématomésèses, moelaena, gastralgies à la radiographie : ulcus du bulbe duodénale; intervention le 21 août 1937, gastropyloréctomie à la pince de Von Petz, procédé Finsterer; excellentes suites opératoires.

8° Monsieur M... 49 ans, entré le 10 août 1937; gastralgie à type ulcéreux. A la radiographie : niche de Haudeck à la petite courbure. Intervention le 6 août 1937. Gastropyloréctomie à la pince de Von Petz, procédé Finsterer. Bonne évolution post-opératoire.

9° Monsieur P... 50 ans, entré le 18 septembre 1937 pour gastralgies et hématomésèses, ulcère de la petite cour-

bure à l'examen radiographique, gastropyloréctomie à la Finsterer à l'aide de la pince de Von Petz, intervention du 30 septembre 1937, résultat excellent.

10° Monsieur B... 57 ans, entré le 28 décembre 1937 pour vomissements et gastralgies; images ulcéreuses de la petite courbure à l'examen radiographique et intervention le 25 janvier 1938. Ulcus de la région prépylorique et second ulcus au niveau de la petite courbure; gastropyloréctomie type Finsterer à la pince de Von Petz, suite opératoire très bonne, augmentation de poids de trois kilos.

11° Monsieur L... 35 ans, entré le 7 août 1937, pour gastralgies et amaigrissement, sujet éthylique, intervention le 20 février 1938, ulcus de la petite courbure, gastrectomie à la Finsterer à l'aide de la pince de Von Petz, suite opératoire médiocre; mauvais fonctionnement de la bouche anastomotique à la radiographie de contrôle.

12° Madame T... 54 ans, entrée le 24 janvier 1938 pour gastralgies et amaigrissement; à l'examen radiographique : image pylorique lacunaire, néo probable, intervention le 15 février 1938, gastropyloréctomie à la pince de Von Petz procédé Finsterer, suites opératoires normales.

CONCLUSIONS

I. — La pince de Von Petz est destinée à écraser les parois gastriques ou duodénales et à les suturer par une double rangée d'agrafes. La section s'opère ensuite aisément entre cette double suture.

II. — Elle est d'un maniement aisé et facilite dans beaucoup de cas la gastrectomie.

III. — Certains chirurgiens ont exagéré les inconvénients que présente son emploi. En effet l'hémostase est toujours parfaite au niveau de la section gastrique ou duodénale; l'emploi d'agrafes métalliques ne présente aucun inconvénient.

IV. — Par contre il faut admettre avec Okinzyck que dans certains cas rares d'ailleurs, la gastrectomie large est très difficile à réaliser avec la pince de Von Petz.

V. — Néanmoins le gain de temps qu'elle fait réaliser est un élément de grand prix surtout en chirurgie de guerre.

Vu

Vu

Le Doyen :

Le Président de la Thèse :

TIFFENEAU

GOSSET

Vu et permis d'imprimer

Le Recteur de l'Académie de Paris :

ROUSSY

BIBLIOGRAPHIE

- ADAM. — A gyomorfekélyről es annak sebézi gyégitàsàrol. Orvosképsés; Budapest — Sonderheft Juli. 1928. Seite 20.
- BARRET Marcel. — La gastrectomie simplifiée par l'emploi de la pince de Wendel. de la pince de Friedrich et de l'évipan. (*Mém. Acad. Chir.* 2 mars 1938. Tome 64, n° 8, page 351 à 356).
- BASTIANELLI. — Il meccanicismo in Chirurgica gastro-intestinale. (*Archivio Italiano di Chirurgica*. Vol. XXIX. Fasc. 5. 1931).
- CHARRIER Jean. — A propos de la gastrectomie simplifiée par la ligature seule du duodénum et l'utilisation de l'appareil de Von Petz sur l'estomac. (*Mém. Acad. Chir.* Tome 63, n° 34. 15 décembre 1937, page 1371 à 1374).
- FEREY Daniel. — La gastrectomie simplifiée par la ligature seule du duodénum et l'utilisation de l'appareil de Neuffer. Ulrich modifié par Friedrich sur l'estomac. (*Mém. Acad. Chir.* Tome 63, n° 33. 8 décembre 1937, page 1355 à 1362).
- ĞÄNGLER. — Der Magen-Darm Nähapparat nach von Petz. (*Aus der Chirurg. Universitäts. Klinik zu Tübingen.*) (*Der Chirurg.* 1930. Heft 10).

- KLAUS. — Zur Technik der Magenresektion. (*Zentralblatt für Chir.* 1925, n° 1).
- LAHEY (F.-H.). — The management of peptic ulcer. (*New England Journal of Medicine.* 1931. Vol. 205, n° 7).
- LOESSL (J.). — The de Petz Stomach and Intestinal Suturing Apparatus. (*Annals of Surgery.* Janvier 1929).
- LOESSL (J.). — Niaj. spertoj. pri la von Petza stomak intest. kudra parato. (*Internacia Medicana Revuo.* 1930. N° 1).
- PASCHOUD Henri. — A propos de l'appareil agrafeur de Von Petz, de celui de Nneuffer-Friedrich, de l'appareil de Donati et de la technique indiquée par MM. Delore et Braine pour la fermeture du duodénum. (*Mém. Acad. Chirur.* Tome 64, n° 1. 12 Janvier 1938, page 11 et 12) .
- PETZ (Von). — Zur Technik der Magenresektion. (*Zentralblatt für Chirurg.* 1924. n°5).
- PETZ (Von). — Zur Technik der Magenresektion. (*Tung-Chi-Shangai.* N° 11, 1926).
- PETZ (Von). — Aseptic Technic of stomach resection. (*Annals of Surgery.* Septembre 1927).
- TADDEI. — Par la tecnica delle sezioni gastro-intestinali. (*Estratto dagli Annali di Chirurgica fasc.* 12, 1926).
- TADDEI. — Présentation du 34° Congrès de la Société Italienne de Chirurgie. (Octobre 1926).
-

Imprimé par R. FOULON
29, rue Deparcieux, Paris XIV^e.
